

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๓ : ๑๖ สิงหาคม ๒๕๓๘ VOLUME 27 NUMBER 33 : AUGUST 16, 1996 ISSN 0125-7447

สารบัญ CONTENTS

สถานการณ์ไข้มาลาเรียในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2538

433

สถานการณ์ไข้มาลาเรียในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2538

Malaria Situation in Thailand, Fiscal year 1995.

นางเสาวนิต วิชัยทกะ , นางสาวสุภาวดี คนชม

(Mrs.Saowanit Vijaikadka , Miss Supawadee Konchom)

โรคมาลาเรีย เป็นโรคเขตร้อนที่มีความสำคัญสูงมากในขณะนี้ ด้วยเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทั่วโลกได้มากที่สุดโรคหนึ่ง รองจากการเสียชีวิตด้วยโรควัณโรค

ในประเทศที่กำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศในทวีปแอฟริกาโรคมาลาเรียนับเป็นโรคที่ร้ายแรงที่สุดต่อการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียแรงงานในวัยทำงาน พยาธิที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคคือ โปรโตซัวชนิดพลาสโมเดียม (Plasmodium Protozoa) ซึ่งพยาธิที่ก่อให้เกิดโรคในคนมีอยู่ 4 ชนิดคือ ฟัลซิพารัม (falciparum) ไวแวกซ์ (vivax) มาลาเรีย (malariae) และโอวาเล่ (ovale) ในสี่ชนิดที่กล่าวมา ฟัลซิพารัมเป็นชนิดที่ก่อให้เกิดโรครุนแรงที่สุด ด้วยเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากได้รับการรักษาล่าช้าหรือได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง

สถานการณ์โรคมาลาเรียในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2538

ในระยะ 20 ปี ที่ผ่านมา พื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทยลดลงมาก แต่การควบคุมไข้มาลาเรียกลับเป็นไปไม่ได้ด้วยความลำบากยิ่งขึ้น เนื่องจากการแพร่กระจายของโรคมีชุมชนอยู่บริเวณชายแดนป่าเขา การคมนาคมลำบากและในบางท้องที่ไม่ปลอดกัต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากมีปัญหาความขัดแย้ง การสู้รบโดยเฉพาะบริเวณชายแดนไทย - พม่า และไทย - กัมพูชา นอกจากนี้ ประชากรตามแนวชายแดนมีการอพยพเคลื่อนย้ายภายในและเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมีทั้งการเคลื่อนย้ายเพื่อประกอบอาชีพ และการเคลื่อนย้ายเนื่องจากความขัดแย้งทางการเมือง อุบัติการณ์มาลาเรีย ปีงบประมาณ 2538 (ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลจากสำนักงานมาลาเรียโรงพยาบาลของรัฐและสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. โรคมาลาเรียที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทย สามารถจำแนกตามพื้นที่ได้ดังนี้ (Malaria Stratification, 1995)

1.1 พื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียชุกชุม ครอบคลุมประชากรร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ (transmission areas, $A_1 + A_2$)

1.2 พื้นที่ที่ไม่มีการแพร่เชื้อมานานกว่า 3 ปี แต่ยังไวต่อการแพร่เชื้อ ครอบคลุมประชากรร้อยละ 68 ของประชากรทั้งประเทศ (Non-Transmission areas, $B_1 + B_2$)

1.3 พื้นที่ที่ปลอดการแพร่เชื้อมาลาเรีย ครอบคลุมประชากรร้อยละ 25 ของประเทศ (Pre Integration and Integration areas)

2. จำนวนผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อมาลาเรียมีทั้งสิ้น 4,653,623 ราย ตรวจพบเชื้อมาลาเรียจำนวน 85,625 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.84 ตรวจพบเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม คิดเป็นร้อยละ 55.4 ชนิดไวแวกซ์ ร้อยละ 43.9 ที่เหลือเล็กน้อยเป็นชนิดมาลาเรีย และชนิดผสม สำหรับปีงบประมาณนี้ตรวจไม่พบเชื้อชนิด โอวาล์ (ปีงบประมาณ 2537 พบ 7 รายที่ อ.สวนผึ้ง จ.ราชบุรี) 10 จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ จังหวัด ดาก กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ตรัง ประจวบคีรีขันธ์ จันทบุรี ราชบุรี ระนอง และชุมพร ตามลำดับ

3. ผู้ป่วยมาลาเรียร้อยละ 88.1 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ พบในพื้นที่ของ 29 จังหวัดชายแดน โดยพบ ที่บริเวณจังหวัดชายแดนไทย - พม่า ร้อยละ 71.2 ไทย - กัมพูชา ร้อยละ 10.1 ไทย - ลาว ร้อยละ 4.0 และ ไทย - มาเลเซีย ร้อยละ 2.7

4. บริเวณจังหวัดชายแดนของประเทศไทย นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2534 เป็นต้นมา ได้รวบรวมสถิติ ของผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีนี้มีผู้ป่วย เข้ารับการรักษา 328,210 ราย ตรวจพบเชื้อมาลาเรีย 57,648 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.56 ผู้ป่วยต่างชาติส่วนใหญ่เป็นชาวพม่าและเข้ารับบริการมากที่สุดที่จังหวัดตาก (ผู้ป่วยต่างชาติจังหวัดตาก มีจำนวน 42,304 ราย)

5. อัตราตายจากโรคมาลาเรีย ข้อมูลเบื้องต้นในปี พ.ศ. 2537 จากส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เสียชีวิตจากโรคมาลาเรีย 908 ราย คิดเป็นอัตราตาย 1.6 ต่อประชากร แสนคน

6. กลุ่มเสี่ยงติดเชื้อมาลาเรีย ได้แก่ หญิงมีครรภ์และเด็ก ซึ่งอาศัยบริเวณจังหวัดชายแดนที่ยังมีการแพร่ เชื้อมาลาเรียชุกชุม แรงงานอพยพทั้งในและนอกประเทศซึ่งประกอบอาชีพเกี่ยวกับป่า เกษตรกรรม เหมืองแร่ ขุดพลอย ทหาร ดำรงตำแหน่งชายแดนและนักท่องเที่ยวที่นิยมธรรมชาติ

7. สถานการณ์โรคมาลาเรียรายภาค

ภาคกลางและภาคเหนือ นับได้ว่ามีความรุนแรงของโรคมาลาเรียมากที่สุด ด้วยเหตุมีหลายจังหวัดที่มี ชายแดนติดต่อกับประเทศพม่า คือ เชียงราย แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ดาก กาญจนบุรี เพชรบุรี ราชบุรีและ ประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดที่กล่าวมานี้ เป็นจังหวัดที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียชุกชุมในบริเวณป่าเขาชายแดน สำหรับภาคกลางมีอีกสองจังหวัดที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียชุกชุมได้แก่ จังหวัดตรังและจันทบุรี จังหวัดทั้งสองนี้ประสบปัญหามาลาเรียแพร่ระบาดอย่างรุนแรงหลายต่อหลายครั้ง ด้วยผลกระทบจากประเทศกัมพูชา

(อ่านต่อหน้า 441)

สถานการณ์ไข้มาลาเรีย ในประเทศไทยปีงบประมาณ 2538

(ต่อจากหน้า 438)

ภายหลังจากการปิดพรมแดนไทย - กัมพูชา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 แล้ว อุบัติการณ์ของโรคลดลงอย่างรวดเร็ว (ลดลงปีละประมาณ 30%) อย่างไรก็ตาม การแพร่เชื้อภายในจังหวัดยังคงมีอยู่ด้วยสภาพพื้นที่ที่เป็นป่าเขา สวนผลไม้ และสวนยาง

ภาคใต้ การแพร่เชื้อมาลาเรีย โดยทั่วไปแตกต่างจากการแพร่เชื้อในภาคกลางและภาคเหนือ คือ มีการแพร่เชื้อชุกชุมตลอดทั้งปี การแพร่เชื้อเกิดขึ้นในสวนยางและสวนผลไม้เชื้อมาลาเรียที่มีชุกชุมจะเป็นชนิด ไวเวกซ์ ยกเว้นบริเวณชายแดนไทย - พม่า ด้านจังหวัดชุมพรและระนอง จะพบเชื้อฟัลซิพารัมเป็นส่วนใหญ่ สำหรับในปีงบประมาณ 2538 การแพร่เชื้อในภาคใต้ลดลง ร้อยละ 27 เมื่อเทียบกับปี 2537

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สภาพภูมิประเทศ ซึ่งค่อนข้างแห้งแล้ง ทำให้ปัญหาการแพร่เชื้อในพื้นที่มีน้อย อย่างไรก็ตามบางพื้นที่ซึ่งยังคงสภาพป่าที่สมบูรณ์การแพร่เชื้อมาลาเรียยังคงมีอยู่ตลอดเวลา เช่น จังหวัดสกลนคร นครพนม เลย และบริเวณชายแดนของจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์และบุรีรัมย์ นอกจากนี้ จังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศลาว โดยเฉพาะจังหวัดนครพนม และมุกดาหาร จะมีผู้ป่วยต่างชาติซึ่งเป็นคนสัญชาติลาว เข้ามารับบริการตรวจรักษาปีละหลายพันคน

ปัญหาอุปสรรค

1. ในหลายท้องที่ยังมีศักยภาพในการแพร่เชื้อมาลาเรียสูง เนื่องจาก มีุงพาหะซึ่งได้แก่ยุงก้นปล่องชนิด มินิมัส (*An. minimus*) ชนิดไดรัส (*An. dirus*) ชนิดแมกคิวลาตัส (*An. maculatus*) กระจายอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน และพื้นที่ป่าเขาในหลายพื้นที่ของประเทศ

2. ชาวต่างชาติที่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน เข้ามาอาศัยอยู่เพื่อรับจ้างแล้วนำเชื้อมาลาเรียเข้ามาสู่ประเทศไทย นอกจากนี้ ยังเข้ามารับการรักษาในประเทศไทยทำให้เป็นภาระในการดำเนินงานควบคุมและการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุน

3. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการแพร่กระจายของเชื้อ และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสูงขึ้น

4. การใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะเป็นเวลายาวนาน ทำให้ปัจจุบันไม่ได้รับการยอมรับและมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องวางมาตรการควบคุมยุงพาหะแบบผสมผสาน ต้องเลือกใช้สารเคมีที่มีความปลอดภัยสูงค่าใช้จ่ายจึงสูงมากขึ้นด้วย

5. การอพยพเคลื่อนย้ายเพื่อการประกอบอาชีพตามป่า เขา ทั้งภายในประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน ก่อให้เกิดการติดเชื้อซ้ำเป็นประจำ เนื่องจาก การป้องกันตนเองยังไม่ดีและเพียงพอมักจะเชื่อว่า เมื่อเป็นโรคมาลาเรียก็ไปรับบริการรักษาในภายหลังก็ได้

6. โครงการพัฒนาในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียเป็นประจำ เช่น โครงการปลูกป่า อาจทำให้ยุงพาหะนำเชื้อมาลาเรียเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง

7. ในบางพื้นที่อัตราป่วยอยู่ในเกณฑ์น่าพอใจแต่อัตราตายยังสูง เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันของประชาชนต่ำ และเป็นกลุ่มประชากรที่เคลื่อนย้ายไปประกอบอาชีพในแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรียชุกชุม ทำให้อัตราตายสูง

สรุป

จากสภาพที่กล่าวมา ปัญหาโรคมาลาเรีย ถอยร่นไปอยู่บริเวณชายแดน มีผลทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีภูมิคุ้มกันต่ำ เพราะไม่มีโอกาสสัมผัสโรคตามธรรมชาติ เมื่อมีความจำเป็นต้องเดินทางเพื่อท่องเที่ยวหรือเพื่อประกอบอาชีพในแหล่งแพร่เชื้อบริเวณชายแดนจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยและตายสูงกว่าในอดีต ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพของการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา การเพิ่มการเฝ้าระวังโรคบริเวณชายแดนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งคนไทยและคนต่างชาติ การดำเนินการกับ "กลุ่มเสี่ยง" อย่างเป็นทางการและรับแนวทางของ Global Strategy for Malaria Control 1993 มาใช้เป็นกลวิธีหลักคือ การบำบัดโรค (Disease Management) และการป้องกันการเกิดโรค (Disease Prevention) ซึ่งเน้นความสำคัญของการค้นหาผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษามากกว่าเป็นการตรวจค้นหาเชื้อมาลาเรียอย่างแต่ก่อน มีการดำเนินการควบคุมโรค การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในภาคสนาม พัฒนาชุมชน องค์กรเอกชน ฯลฯ ให้มีการประสานงานและมีบทบาทร่วมมือกับภาครัฐมากยิ่งขึ้น ทั้งหมดที่กล่าวมาแล้ว จะใช้เป็นแนวทางหลักในการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรีย (พ.ศ. 2540 - 2545) ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข

รายงานโดย 1. นางสาวนิต วิชัยทัศะ

2. นางสาวสุภาวดี คนชม

กลุ่มงานระบาดวิทยา กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ

บทบรรณาธิการ

การเฝ้าระวังโรคมาลาเรียของกองมาลาเรีย แตกต่างจากการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา ดังนี้ คือ

1. การรายงานของกองมาลาเรีย รายงานการเฝ้าระวังตามปีงบประมาณคือ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม จนถึงวันที่ 30 กันยายนของทุกๆปี แต่กองระบาดวิทยารายงานการเฝ้าระวังโรคตามปีปฏิทิน

2. กองมาลาเรียเฝ้าระวังโรคทั้งเชิงรุก (Active Surveillance) และเชิงรับ (Passive Surveillance) คือนับผู้ที่ตรวจพบเชื้อแม้ว่าจะไม่แสดงอาการ และนับผู้ป่วยที่แสดงอาการและตรวจพบเชื้อที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลต่างๆรวมทั้งศูนย์มาลาเรีย 5 ศูนย์และหน่วยมาลาเรียทั่วประเทศ แต่การเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยาเป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ จะรายงานต่อเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและตรวจพบเชื้อเท่านั้น ดังนั้น การรายงานของกองระบาดวิทยาจำนวนผู้ป่วยจะน้อยกว่าการรายงานของกองมาลาเรีย จากการเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2537 มีผู้ป่วยโรคมาลาเรีย 66,102 ราย ตาย 227 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 118 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย เท่ากับ 0.34 และในปี พ.ศ. 2538 มีผู้ป่วย 55,898 ราย ตาย 140 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 94 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายเท่ากับ 0.25 เปรียบเทียบข้อมูลของกองมาลาเรีย ในช่วงระยะเวลาเดียวกันคือตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2537 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2538 พบว่า มีผู้ป่วย 56,042 ราย ตาย 159 ราย แตกต่างกับ ข้อมูลของกองมาลาเรียที่ตรวจพบเชื้อ 85,625 ราย จากการตรวจโลหิต 4,653,623 ราย (ไม่มีรายงานการตาย)

ข้อมูลเบื้องต้น ในปี พ.ศ. 2537 จากส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ รายงานในบทความนี้กล่าวว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมาลาเรีย 908 ราย นั้น ข้อมูลการตายนี้ ได้มาจากมรณบัตร

ซึ่งส่วนหนึ่งวินิจฉัย(ออกใบมรณบัตร)โดยแพทย์ประจำตำบล กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น ดังนั้น ข้อมูลส่วนนี้ไม่น่าจะถูกต้องทั้งหมด แต่จากการเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2519 ถึงปี พ.ศ.2538 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะลาเรีย สูงสุดในปี พ.ศ.2520 จำนวน 643 ราย และต่ำสุดในปี พ.ศ.2538 จำนวน 140 รายเท่านั้น อย่างไรก็ตามข้อมูลการเฝ้าระวังโรคมะลาเรีย ของกองมาลาเรียและกองระบาดวิทยาจะไม่ตรงกันแต่ก็สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งสิ้น และทั้ง 2 หน่วยงานควรจะได้มีการประสานงานเพื่อหาทางแก้ไขการเฝ้าระวังโรคและการรายงานไปในทิศทางเดียวกันต่อไป
